مجلة آفاق علم الاجتماع المجلد 14 العدد 2 ديسمبر 2024 ص ص 80- 103
ر ت م د: 1112-8259 ر ت م د إ: 2600-6855

استخدام التحليل العاملي في تفسير أهم مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر خلال الفترة (2006-2020)

Using factor analysis to interpret the most important reproductive Health indicators in Algeria during the period (2006-2020)

ط.د. جهيد صيدون *
جامعة لونيسي علي البليدة2، الجزائر
d.saidoun.etu@univ-blida2.dz

أ.د. أحمد دردیش
جامعة لونيسي علي البليدة2، الجزائر
مخبر الدراسات السكانية الصحة والتنمية المستدامة في الجزائر
demderdiche@yahoo.fr

تاريخ الإرسال: 2024/05/12 تاريخ القبول: 2024/11/13 تاريخ النشر:2024/12/21

الملخص:

يهدف هذا البحث إلى دراسة واقع الصحة الإنجابية في الجزائر من خلال تحليل اتجاه وتطور أهم مؤشراتها خلال الفترة 2006-2020، وكذا تحديد المؤشرات الأكثر تأثيرا في مستوى هذا الواقع.

وظف المنهج الوصفي في هذه الدراسة، وتمت الاستعانة ببرنامج *SPSS* نسخة 23 وتطبيق طريقة التحليل العاملي الذي مكننا من استخلاص جملة الترابطات التي يمكن تمثيلها في عوامل أولية وتفسيرها بشكل جيد.

خلصت الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معظم المؤشرات التي تفسر واقع الصحة الإنجابية في الجزائر، والتي يمكن تمثيلها في مؤشرين تركيبيين مستقلين يؤثران على واقع الصحة الإنجابية في الجزائر وتطوره.

الكلمات المفتاحية: تحليل عاملي، صحة إنجابية، وفيات الأطفال، وفيات الأمهات، تنظيم الأسرة.

Abstract:

This research aims to examine the state of reproductive Health in Algeria by analyzing the trends and evolution of its key indicators during the period from 2006 to 2020, as well as identifying the most influential indicators on this status.

A descriptive approach was adopted in this study, and SPSS version 23 was used to apply factor analysis, which enabled us to extract a set of relationships that can be represented in primary factors and interpreted well.

The study concluded that there is a statistically significant relationship between most of the indicators that explain the reproductive health situation in Algeria, which can be represented by two independent composite indices that affect the reproductive health situation and its development in Algeria.

Keywords: Factor analysis, Reproductive health, Child mortality, Maternal mortality, Family planning.

* المؤلف المرسل

1- مقدمة

تعتبر الصحة الإنجابية مدخل دورة الحياة والنهج الحياتي الذي يشمل التحديات التي يواجهها كافة الأفراد والمجتمعات في أوقات مختلفة من حياتهم بخصوص تنظيم الأسرة والأمومة الآمنة والرعاية الصحية داخل فترة الحمل وخارجها وعلاج الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي وحالات العقم والإجهاض.

تعتبر مؤشرات الصحية الإنجابية من بين الأدوات الحيوية المستخدمة في وضع السياسات وبناء البرامج الصحية للدول، كما تسعى الكثير من الهيئات التابعة للأمم المتحدة بجعلها ضمن أولوياتها في تقديم البيانات حول واقع الأسر وبالتركيز على الأم والطفل، مثل بيانات المسوح الوطنية العنقودية التي توفر إحصائيات تمتد لفترة 30 سنة ماضية وذلك لرسم خارطة الدول الصحية.

وإذا ألقينا نظرة لمعطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات الأخير المنجز في الجزائر سنة 2018-2019 ومقارنتها بالمسوح السابقة، نجد أن بعض المؤشرات المتعلقة بالصحة الإنجابية تشهد تحسنا ملحوظا وهذا يشير الى تحقيق جزئي لبعض أهداف الألفية المسطرة ضمن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، وكمثال على ذلك نجد مؤشر معدل وفيات الأطفال الرضع الذي انخفض الى 21 بالألف، وكذلك معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات حيث قدر بـ 19 بالألف (16 بالألف في الحضر و22 بالألف في الريف)(الديوان الوطني للاحصائيات، 2018-2019).

أما بخصوص وفيات الأمهات، فحسب المسح المجمع من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات سنة 2020، الذي يعتبر الثاني من نوعه بعد سنة 2015، الوارد ضمن المخطط الوطني للتخفيض المستعجل لوفيات الأمهات، الذي شهد هو الآخر انخفاضا ليصل الى 48,5 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية.(Ministère de la Santé, 2020) . يعتبر هذا المعدل مرتفعا مقارنة مع ما هو مسجل في بعض الدور العربية والدول المتقدمة الذي يصل إلى 7 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية بالكويت و8 وفيات لكل 100 ألف ولادة حية في قطر وفرنسا و5 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية في بلجيكا وإيطاليا.

كما بينت معطيات المسح كذلك أن نسبة 98.6% من النساء في سن الإنجاب تلقين رعاية صحية أثناء الولادة ونسبة 91,7% تلقين رعاية صحية بعد الولادة. وبلغت نسبة النساء المتزوجات وفي سن الإنجاب المستعملات لوسائل منع الحمل 53,6%.

بالنظر الى هذه الاحصائيات التي تنبأ بتحسن الظروف الصحية وتقليص مستويات المراضة وتراجع العوامل المؤدية لوفيات الأمهات والأطفال، الا أنه مقارنة بالإحصائيات العالمية حول مؤشرات الصحة الإنجابية نجد أن الجزائر لا تزال في منطقة الخطر مما جعلها تواجه تحديات مستقبلية تشمل جملة البرامج والسياسات الهادفة من أجل تحسين الحالة الصحية المتعلقة بالأمومة والطفولة.

من خلال ما تقدم من بيانات، التي تفتح المجال للباحثين من بذل جهود إضافية في إجراء بحوث معمقة تلقي الضوء على كافة الجوانب الاجتماعية والاقتصادية والطبية للصحة الإنجابية،

التي تمكن واضعي القرارات السياسية من الاستفادة منها في بناء البرامج وإحداث التغيير للمنظومة الصحية التي تساهم في نهاية المطاف إلى تحسين الحالة الصحية الإنجابية.

وعلى ضوء ما سبق، سنحاول في هذه الورقة البحثية تسليط الضوء على واقع الصحة الإنجابية بالجزائر وذلك بتحليل اتجاه وتطور أهم مؤشراتها خلال الفترة 2006-2020 وتحديد أي من هذه المؤشرات الأكثر تأثيرا في مستوى هذا الواقع، ذلك بوضع السؤالين الآتيين:

- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين معظم المؤشرات التي تفسر واقع الصحة الإنجابية في الجزائر؟
- ما هي المؤشرات الأكثر تأثيرا على مستوى الصحة الإنجابية في الجزائر؟

للإجابة عن هذين السؤالين تم صياغة فرضيتين أساسيتين وهما:

الفرضية الأولى: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين معظم المؤشرات التي تفسر واقع الصحة الإنجابية في الجزائر؛

الفرضية الثانية: تختلف الأهمية النسبية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر من حيث مستوى تأثيرها ومدى ارتباطها مع بعضها.

2- أهمية وأهداف الدراسة

تستمد هذه الدراسة أهميتها من أهمية الإحاطة بكل الجوانب التي تساعد على الارتقاء بالإنسان وصحته الإنجابية وتوفير بيئة صحية آمنة وتكوين أسرة سليمة، بالإضافة الى استنتاج مدى مساهمة مؤشرات الصحة الإنجابية في تنظيم المجتمعات واستقرارها وتوظيفها في اعداد برامج رعاية صحية قائمة على مبادئ التنمية المستدامة.

كما يهدف هذا البحث إلى:

- التعرف على واقع الصحة الإنجابية في الجزائر ورصد اتجاهها وتطورها خلال الفترة الممتدة بين 2006-2020؛
- تحديد المؤشرات الأكثر تأثيرا على مستوى الصحة الإنجابية.

3- منهج الدراسة

تم توظيف المنهج الوصفي في هذا البحث، نظراً لكونه الأنسب لتحليل البيانات النوعية المتاحة، وذلك بهدف تقديم وصف تفصيلي للمؤشرات الرئيسية للصحة الإنجابية في الجزائر. كما تم الاعتماد عليه كذلك، لرصد التطورات والاتجاهات في هذه المؤشرات وتحديد أهم العوامل المؤثرة فيها، وكشف العلاقة المتبادلة بينها، مما يساهم في فهم أعمق للوضع الحالي للصحة الإنجابية.

4- الإطار النظري والمعرفي للصحة الإنجابية

تأخذ الصحة الإنجابية أهميتها من تنوع مجالات تدخلها، فلها خدمات في مجال تنظيم الأسرة وتثقيفها، كذلك خدمات الأمومة الآمنة وصحة الطفل، لذلك كان لها الاهتمام الكبير من قبل منظمة الصحة العالمية وساهمت في بناء مؤشرات تهدف من خلالها بتقييم مستويات الصحة الإنجابية العامية.

4-1- مفهوم الصحة الإنجابية:

تعتبر برامج تنظيم الأسرة وتحديد النسل هو المفهوم الأولي للصحة الإنجابية، الا أن هذا المفهوم شهد تغيرا وأصبح يهتم بالمشاكل التي تواجه الصحة الإنجابية للمرأة والرجل، وظهرت عدة مفاهيم تهدف بالعناية الفردية الخاصة بصحة الأم والطفل وبعض الفئات كالمراهقين.

- تعريف منضمة الصحة العالمية:

قدمت منظمة الصحة العالمية تعريفا للصحة الإنجابية على أنها: "ليست مجرد غياب الاعتلال أو المرض فقط، وانما تعني أيضا الشعور بالحال أو الوضع الحسن والجيد والكامل في القوى العقلية والفيزيقية والاجتماعية. كما أنها: "حالة التحسن الجسمي والعقلي والاجتماعي الكامل، وليس مجرد غياب العلة أو المرض"(غرايبية، 2015-2016، ص32). وتعرفها أيضا: "حالة من الكفاية والسلامة الكاملة الجسمية، وليست مجرد الخلو من المرض والعجز".

- تعريف مجلس السكان الدولي:

عرف هذا المجلس الصحة الإنجابية بأنها "قدرة المرأة على أن تعيش سنوات إنجابها وما بعدها بكرامة، وأن تملك إرادتها في الحمل والإنجاب الناجحين وبعيدا عن أمراض النساء ومخاطرها"(عزت فهيم ، 2000، ص24).

- تعريف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية:

عرف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الصحة الإنجابية على أنها "حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة". (هيئة الأمم المتحدة، 1994، ص24).

كما عرف "أبو الحمائل"، الصحة الانجابية على أنها: "حالة اكتمال الفرد من الناحية الجسمية والعقلية والاجتماعية وخلوه من الأمراض أو العيوب المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وبذلك يكون قادرا على ممارسة الحياة الجنسية الآمنة والإنجاب الآمن"(عزيزي، 2022، ص ص 237-252).

أما "البغدادي" فقد اعتبرها بأنها: "مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تساهم في الصحة الإنجابية وهي تشمل الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي"(البغدادي، 2008، ص10).

ومن خلال استعراضنا لجملة التعريفات السابقة يمكننا تعريف الصحة الإنجابية بأنها حالة تعبر عن السلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية لجميع الأفراد في جميع مراحل العمر المختلفة وبلوغ مستوى صحي جيد للجهاز التناسلي، وسلامة عملياته ووظائفه الحيوية لضمان عملية الانجاب الصحي والآمن.

4-2- مؤشرات الصحة الإنجابية

تشمل مؤشرات الصحة الإنجابية مجالات عدة تصب في مجملها في تكوين أسرة متماسكة تتمتع بحياة صحية آمنة، كما ترتبط هذه المؤشرات فيما بينها حسب الزمان والمكان وحسب الهدف

المراد بلوغه كمدى تلقي الرعاية الصحية والتثقيف الصحي، حقوق ومتطلبات تنظيم الأسرة، صحة الأمومة والطفولة بالإضافة إلى مكافحة الأمراض المنقولة جنسيا والسلوكيات الضارة.

4-2-1- معدل الخصوبة

يعتبر موضوع الخصوبة من المواضيع الهامة في دراسة علم السكان، حيث لا يهتم فقط بدراسة حالات الولادة التي تحدث فعلا وينتج عنها مواليد أحياء فقط بل يتعدى ذلك ليشمل القدرة على الحمل وإمكانية الإنجاب بعد الزواج، كما أنها لا تنحصر فقط كونها القاعدة الأساسية لنمو السكان فحسب، بل أيضا لعلاقتها المتبادلة بين جملة التغيرات الاقتصادية والاجتماعية. ويعتبر معدل الخصوبة العامة مؤشر حساب عدد المواليد الأحياء خلال السنة مقسوما على عدد النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) مضروب في 1000، وهو عبارة عن مجموعة معدلات الخصوبة العمرية خلال سنة معينة، ويطلق عليه اسم معدل الخصوبة العام بالرغم من أنه لا يراعي شرعية الأبناء أو الحالة الزواجية(إسماعيل، 1997، ص71).

4-2-2- معدل وفيات الأطفال

يعتبر معدل وفيات الأطفال من بين المؤشرات المهمة حيث يمثل دليل أساسي على المستوى الصحي والمعيشي للأفراد بصفة عامة، ويشمل هذا المؤشر صنفين من المعدلات وهي:

4-2-2-1- معدل وفيات الرضع

يعتبر معدل وفيات الرضع مؤشرا هاما يبرز من خلاله المستوى الصحي القائم في أي دولة، لأنه يعكس وبصورة مباشرة لمدى التطور الاجتماعي والاقتصادي والثقافي فيها، كما تعتبره منضمة الأمم المتحدة واحدا من المقاييس الهامة لمؤشر التنمية البشرية. يمثل هذا المعدل عدد وفيات الأطفال الأقل من سنة لكل ألف من الولادات الحية في السنة(UNICEF, 2018) . كما يرتبط هذا المعدل بجملة من الأسباب على غرار وزن المولود، المستوى المعيشي والاقتصادي للأسرة، سن الأم، مستوى الخصوبة، البيئة، مستوى الرعاية الصحية وتوفرها.

4-2-2-2- معدل وفيات الأطفال الأقل من خمسة سنوات

هي تلك الوفيات التي تقع في الفترة ما بين الولادة إلى غاية عيد الميلاد الخامس للأطفال، أي عدد وفيات الأطفال المولودين أحياء الذين تتراوح أعمارهم بين 0 سنة و4 سنوات كاملة من عدد المواليد الإجمالي خلال فترة معينة لبلد ما. (Sabeur Chouiref, 2022, pp. 260-274)، وكون هذا المعدل مرتبط بوقوع حالات وفاة الأطفال الصغار فهو مؤشر يرتبط بجملة من الأسباب منها مضاعفات الولادة المبكرة، مدى تأثير الأمراض كالإسهال الحاد والملاريا والالتهاب الرئوي والتشوهات الخلقية وغيرها من أسباب الوفاة على هذه الفئة.

4-2-3- معدل وفيات الأمهات

يعبر معدل وفيات الأمهات عن عدد النساء اللائي يمتن لأي سبب متصل بالحمل أو يتفاقم، أثناء الحمل والتوليد من جراء الحمل أو من طريقة إدارته (باستثناء الحوادث والأسباب الطارئة)، أو خلال 42 يوم بعد انتهاء الحمل، بصرف النظر عن مدة الحمل وموقعه، وهذا لكل مائة ألف ولادة حية. ويتم حسابه بقسمة مجموع هذه الوفيات المسجلة (أو التقديرية) للفترة المحددة على

مجموع المواليد الأحياء المسجلة أو المقدرة في نفس الفترة وضرب حاصل القسمة في مائة ألف. (فريق الأمم المتحدة للتنمية، 2003).

4-2-4- الرعاية الصحية الإنجابية:

تعرف الرعاية الصحية الإنجابية بأنها "مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع وحل مشاكل الصحة الإنجابية، وهي تشمل كذلك الصحة الجنسية التي تهدف إلى تحسين نوعية الحياة لدى الأمهات والعلاقات الشخصية"(هيئة الأمم المتحدة، 1994)، وتنقسم، حسب فترة تلقي الرعاية لدى الأمهات، إلى الأصناف التالية:

4-2-4-1 الرعاية الصحية أثناء الحمل:

تعتبر الرعاية الصحية أثناء الحمل من المؤشرات التي تستخدم في معرفة التوزيع الجيد والعادل في تقديم الرعاية الصحية للسيدات أثناء الحمل واكتشاف المشاكل التي قد تؤثر على الولادات، وهو من الأنشطة التي تساهم في ضمان مستوى صحي آمن للأم والطفل على طول فترة الحمل وهذا تفاديا للمضاعفات التي قد يشهدها كل من الأم والجنين خلال هذه الفترة، كما ركزت منضمة الصحة العالمية على ضرورة مراجعة المرأة الحامل للأطباء المختصين خمسة مرات على الأقل أثناء فترة الحمل.

4-2-4-2 الرعاية الصحية أثناء الولادة:

هي الرعاية الصحية التي تتلقاها الأمهات الحوامل في المراكز الاستشفائية خلال فترة الولادة، وذلك بتوفير الظروف الملائمة للأم لغرض الإنجاب السليم وضمان تحقيق ولادة آمنة خالية من أي مضاعفات قد تلحق الضرر بالأم والجنين، وذلك تحت إشراف طبي. أما إذا كان الخيار بالولادة بعيدا عن المستشفى كالبيوت فلها أخطارها ومضاعفاتها خاصة اذا لم تكن التهيئة لها جيدة وتعرض حياة الأم والجنين للخطر في حالة النزيف الحاد أو المضاعفات التي تحتاج التدخل الطبي المستعجل.

4-2-4-3 الرعاية الصحية بعد الولادة:

تسمى مرحلة ما بعد الولادة بالنفاس وهي مرحلة جد مهمة بخصوص تلقي الأم والطفل للرعاية الصحية والفحص الطبي المستمر سواء كانت مراكز عمومية أو قطاع خاص، حيث تسهر الأطقم الطبية (أطباء، قابلات، ممرضين) من تتبع والكشف عن المضاعفات ما بعد الولادة للأم وتشخيص حالة المولود وضبط الجدول الزمني للتلقيح والفحص. كما تسهر كذلك على تقديم المعلومات اللازمة للأمهات لا سيما فيما يتعلق بتوفير البيئة النظيفة، الرضاعة الطبيعية، الغذاء المتوازن، نوعية المياه الجيدة، الراحة الكافية، الرياضة المناسبة، الاستعمال السليم والآمن للأدوية ووسائل منع الحمل.

4-2-5- وسائل تنظيم الأسرة:

يعتبر هذا المؤشر من المؤشرات المهمة في تقييم مستوى الصحة الإنجابية، حيث يقدر نسبة النساء اللواتي لديهن قابلية في استخدام إحدى الطرق في تنظيم الولادات ومدى معرفتهن بإحدى أنواعها، بالإضافة إلى إمكانية الوصول إليها، حيث يعبر هذا التوجه عن سياسة البلد وتوجهها في تنظيم النسل.

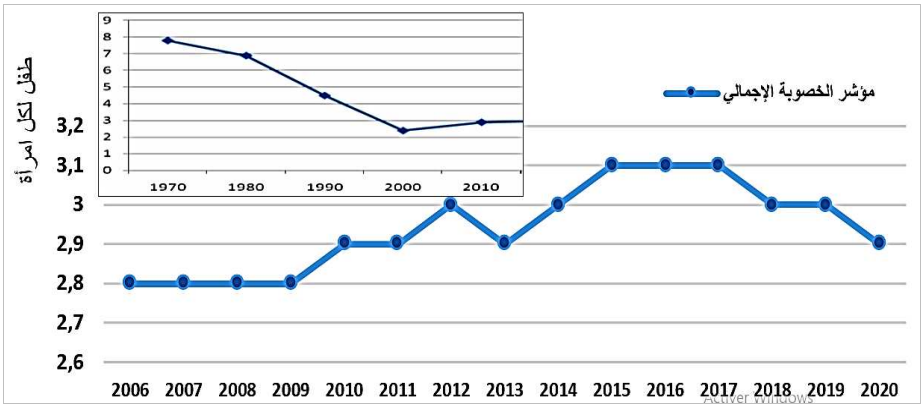
5- تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

يتميز واقع الصحة الإنجابية في الجزائر في السنوات الأخيرة ببعض الاختلالات في مؤشراته والتي أنهكت كاهل المخططات الاستشرافية المسطرة من طرف الدولة، فبالرغم من حجم التخصيصات المالية والجهود المبذولة لإعادة هيكلة المنظومة الصحية وتعداد المنشآت القاعدية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة عبر مختلف الأقاليم الجغرافية في سبيل خفض معدلات وفيات الأطفال والأمهات والرفع من المستوى الصحي، بغية تحقيق الهدف الخامس ضمن خطة التنمية المستدامة للعام 2030، إلا أن الشواهد الواقعية لهذه المؤشرات كشفت حجم هذه الفجوة.

5-1- تطور معدل الخصوبة العامة في الجزائر:

شهدت معدلات الخصوبة في الجزائر ارتفاعا في الفترة ما بعد الاستقلال ليصل إلى 7,9 أطفال لكل امرأة ولعل هذا الارتفاع يعود إلى سياسة الدولة المشجعة على النسل لتعويض ما خسرته من قوة بشرية خلال فترة الاستعمار إضافة إلى انخفاض سن الزواج الذي لم يتجاوز 19 سنة، بالإضافة إلى تحريم استعمال وسائل منع الحمل. أما خلال المرحلة الممتدة بين 1970 إلى غاية 2000 شهد هذا المعدل تراجعا ملحوظا ليصل إلى 2,45 طفل/امرأة وهذا تزامنا مع الأزمة الاقتصادية للبلاد منتصف الثمانينات التي أثرت على الطبقة الاجتماعية بالخصوص، بالإضافة الى تراجع الدولة على تشجيع النسل خوفا من الارتفاع السكاني السريع، إضافة إلى ذلك عدم الاستقرار الأمني الذي شهدته الجزائر خلال فترت التسعينات.

شكل رقم 01: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة العامة في الجزائر خلال الفترة 2006-2020.



المصدر: من اعداد الباحثان بالاعتماد على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2020.

عرف المؤشر التركيبي للخصوبة العامة في الجزائر مسارا إيجابيا جديدا من سنة 2000 الى غاية 2015 ليصل إلى 3,1 أطفال/امرأة وهذا راجع إلى تحسن الأوضاع الأمنية والصحية للبلاد رافقها زيادة انتشار المراكز الصحية وتحسن مستوى معيشة الأفراد وحصولهم على الرعاية الطبية. أما في الفترة الممتدة ما بين 2017-2020 شهد انخفاضا طفيفا ليصل إلى 2,9 سنة 2020 وهذا راجع أساسا إلى عزوف الشباب عن الزواج حيث شهد المعدل الخام للزواج هو الأخر انخفاضا في نفس الفترة (10,13‰ إلى 8,73‰)(الديوان الوطني للإحصائيات، 2020)، وبغض النظر للأثر الظرفي للوضعية الوبائية التي أدت إلى تراجع عدد الزواجات. كما يبقى عامل التغيرات الهيكلية للتركيبة السكانية من أهم العوامل وراء هذا الانخفاض المتواصل،

حيث يظهر تطور عدد الفئة السكانية ما بين الفئة 20-44 سنة وهي الفئة التي ينحصر فيها 92% من الزواجات.

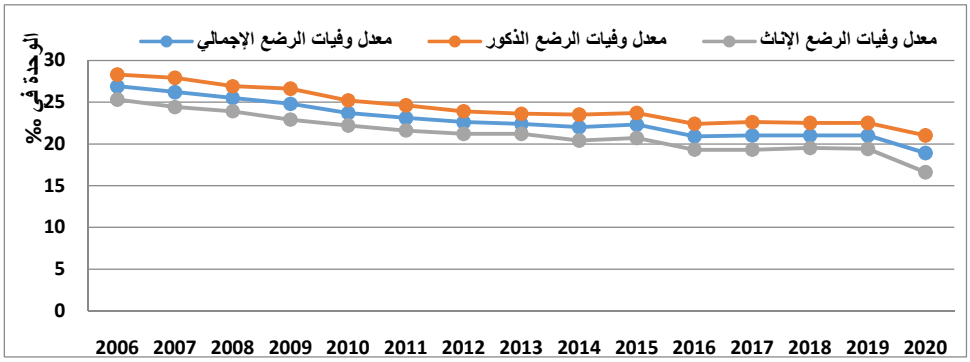
2-5- تطور معدلات وفيات الأطفال والأمهات في الجزائر

شهدت معدلات وفيات الأطفال والأمهات في الجزائر انخفاضا ملحوظا وبوتيرة مبشرة وذلك بفعل تبنيها لمجموعة البرامج الصحية المتعلقة بالصحة الإنجابية بهدف ضمان التكفل بالأمومة والطفولة. كما تعتبر هذه البرامج بمثابة جزء من السياسة الوطنية لتحقيق التنمية المستدامة للبلد بتحقيق مستويات تصنيف جيدة.

2-5-1- تطور معدل وفيات الأطفال الرضع

استنادا للبيانات الصادرة عن الديوان الوطني للإحصائيات قمنا بجمع تطور معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر خلال الفترة الممتدة بين 2006-2020. كما هو موضح في الشكل رقم 02.

شكل رقم 02: تطور معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر.



المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2020.

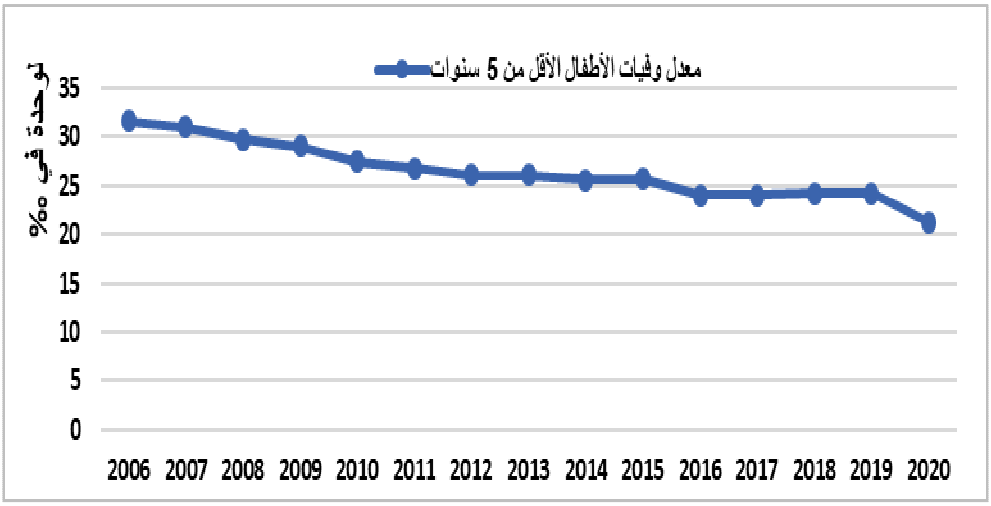
قدر معدل وفيات الرضع بالجزائر سنة 2006 لكلا الجنسين 26,9‰ حيث شهد انخفاض مستمر ليصل سنة 2016 الى 20,9‰، ليشهد بعدها استقرار نسبي الى غاية 2019، ثم يعرف انخفاضا ملحوظا ليصل 18,9‰ سنة 2020، ويعتبر هذا المعدل متوسط وفقا لتصنيف مستويات معدلات وفيات الرضع العالمي لمنظمة اليونيسيف. كما سجل هذا التراجع تزامنا مع حجم جهود الدولة الواسعة لتكثيف برامج الراعية الصحية خاصة فيما يتعلق بالأمومة والطفولة بشكل خاص.

من جهة أخرى يتضح من خلال الشكل أن وفيات الذكور أعلى من وفيات الإناث بفارق يتراوح بين 2,7 و4,4 نقاط. وهذا طيلة الفترة المدروسة، وهو راجع أساسا إلى عدة عوامل منها ضعف مناعة الذكور مقارنة بالإناث في مواجهة مختلف الأمراض خاصة في العمر أقل من سنة، إضافة إلى جملة العوامل الأخرى على غرار البيئة السكنية، مستوى الرعاية الصحية، التغذية، نوعية المياه، المستوى المعيشي للوالدين وكذا الحالة الاقتصادية للأسرة.

5-2-2- تطور معدل وفيات الأطفال الأقل من خمسة سنوات

شهد معدل وفيات الأطفال الأقل من خمسة سنوات في الجزائر انخفاضا تدريجيا منذ الاستقلال وهذا بفعل البرامج الوقائية والسياسات الصحية المنتهجة إلى غاية يومنا هذا، وهذا ما نلاحظه كذلك من خلال المنحنى المبين أدناه خلال الفترة ما بين 2006-2020.

شكل رقم 03: تطور معدل وفيات الأطفال الأقل من خمسة سنوات في الجزائر



المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2020.

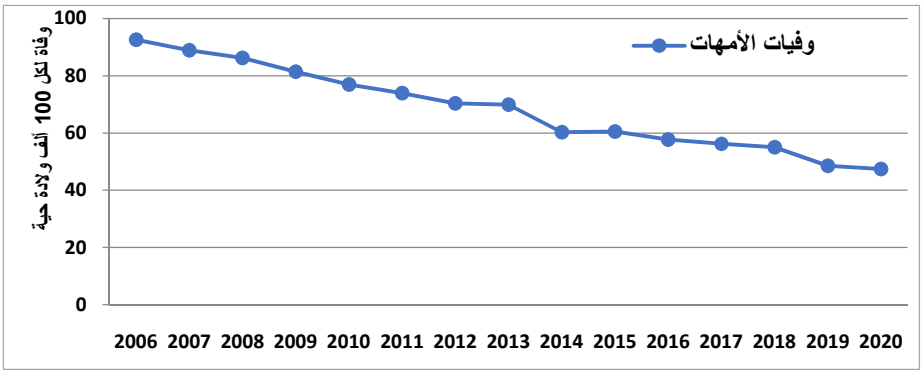
على غرار الانخفاض الملحوظ في منحنى وفيات الأطفال الرضع في الجزائر، فقد شهد معدل وفيات الأطفال الأقل من خمسة سنوات هو الأخر انخفاضا مستمرا خلال نفس الفترة المدروسة، حيث انتقل من 31,6‰ سنة 2006 إلى 21,3‰ سنة 2020 أي بانخفاض قدره 10 نقاط وبمتوسط انخفاض سنوي قدره 0,74‰. وهو راجع أساسا إلى حجم البرامج التي تبنتها الدولة كبرامج التطعيم، التغذية، مكافحة الإسهال والأمراض التنفسية، التنظيم العائلي وغيرها.

بالرغم من هذا الانخفاض الملحوظ، إلا أن هذا المعدل يبقى بعيدا مقارنة بالدول المتقدمة التي تشهد معدلات جد منخفضة لهذا المؤشر تصل إلى 2‰ على غرار اليابان، السويد، النرويج، سلوفينيا، سنغافورا، فنلندا، إسلندا وغيرها.

5-2-3- تطور معدل وفيات الأمهات

تشير آخر التقديرات في التقرير الصادر عن إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية عن ارتفاع كبير في معدل وفيات الأمهات العالمي لسنة 2020، حيث توفيت حوالي 287 ألف امرأة أثناء الحمل والولادة وبعدها وذلك لكل 100 ألف ولادة حية (WHO, UNICEF, World Bank and UNDESA، 2020)، ويمثل هذا الرقم بمثابة كارثة إنسانية، وتعتبر الجزائر لا تستثنى منها رغم مجهودات الحكومة في تخفيض معدلات وفيات الأمهات من خلال تجسيدها للالتزامات الدولية منذ توقيعها على اعلان الألفية ضمن خطة التنمية المستدامة لعام 2030.

شكل رقم 04: تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر.



المصدر: من إعداد الباحثان بالاستعانة على إحصائيات مجمعة من (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، المسوح العنقودية الأخيرة، المعهد الوطني للصحة العمومية، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات).

يعرف مؤشر وفيات الأمهات في الجزائر نقص كبير في الإحصائيات المرصودة وهذا ما تم ملاحظته في الاختلافات المسجلة في البيانات المصرح بها من طرف برنامج الأمم المتحدة الإنمائي والمسوح وكذا المسجلة من طرف وزارة الصحة وذلك لعدة أسباب منها إهمال الوفيات التي تتم في المنازل وعدم تسجيل الأسباب الحقيقية وراء هذه الوفيات.

من خلال هذه المصادر المذكورة قمنا بجمع البيانات المشار إليها في الجدول أعلاه والتي تتفق على العموم في مجملها بوجود تراجع مستمر لمعدل وفيات الأمهات في الجزائر، حيث انخفض من 92,6 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية سنة 2006 إلى 47,4 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية سنة 2020، أي بانخفاض قدره 45,4 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية وبمتوسط انخفاض سنوي قدره (3,22 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية). وهذا راجع لجملة البرامج المتخذة من طرف الجزائر مؤخرا التي تهدف إلى تحسين صحة الأمهات على غرار برنامج تباعد الولادات 2005-2008 والبرنامج الوطني لتسريع تخفيض وفيات الأمهات (2015-2019)، إضافة إلى جهود الدولة بخصوص إعادة هيكلة البنية التحتية لقطاع الصحة خاصة تلك المتعلقة بصحة الأم والطفل.

حسب التصنيف العالمي لوفيات الأمهات نجد أن الجزائر مصنفة في المعدل المتوسط وضمن الدول التي يقدر معدل وفيات الأمهات بها ما بين (20-99 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية) (world Health Organization (WHO) , 2023). أما بخصوص أهم العوامل المسببة لوفيات الأمهات في الجزائر فهي متعددة نذكر منها ليس على سبيل الحصر، الوفيات المرتبطة بالولادة كالنزيف الحاد، ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل، تمزق المبيض، حالات العدوى، وعوامل أخرى على غرار عمر الأم، تقارب فترات الولادة، نقص المتابعة خلال فترات الولادة.

3-5- تطور خدمات الرعاية الصحة الإنجابية في الجزائر

عرفت المنظومة الصحية في الجزائر تحسنا كبيرا خاصة فيما يتعلق بمجال الرعاية الصحية للأمهات والحوامل والأطفال الرضع، حيث حضي هذا الجانب بالاهتمام الكبير منذ الاستقلال، ويتجلى ذلك من خلال جملة البرامج المتعلقة بإنشاء العديد من المراكز الطبية الخاصة بحماية الأمومة والطفولة وتجهيزها، وكذا الأطقم الطبية المتخصصة، وتوفير الخدمات الصحية الأساسية المتمثلة في الفحوصات الدورية واللقاحات ووسائل تنظيم النسل، بالإضافة الى تلقي الأمهات لحملات التوعوية والإرشادات المجانية.

جدول رقم 01: تطور المتابعة الصحية للأمهات لمختلف مراحل الولادة.

المتابعة الصحية	2006	2013-2012	2019-2018
نسبة المتابعة الصحية قبل الولادة	89,4	92,7	95,3
نسبة المتابعة الصحية أثناء الولادة	95,3	97	98,6
نسبة المتابعة الصحية بعد الولادة	30,6	86,5	91,7

المصدر: من إعداد الباحثان بالاستعانة بنتائج لثلاثة المسوح العنقودية الأخيرة للسنوات (2006، 2012-2013، 2018-2018).

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة المتابعة الصحية في الجزائر خلال الفترة 2006-2019 أثناء جميع مراحل الحمل والولادة وبعدها، حيث عرفت مرحلة ما قبل الولادة تحسنا معتبرا حيث انتقلت من 89,4% سنة 2006 إلى 95,3% سنة 2019 بمتوسط زيارة سنوي قدره 0,45%. أما المتابعة الصحية أثناء الولادة فشهدت هي الأخرى تحسنا ملحوظا خلال هذه الفترة حيث انتقلت من 95,3% سنة 2006 إلى 98,6% سنة 2019 بفارق قدره 3.3% وهذا ما يفسره سعي السلطات العمومية في تحسين برامج الصحة الإنجابية من خلال إنشاء مراكز جديدة خاصة بمصلحة طب النساء والتوليد وتجهيزها بمختلف التجهيزات والأطقم الطبية المتخصصة.

أما بخصوص مرحلة المتابعة الصحية بعد الولادة فعرفت قفزة نوعية ملفة للانتباه حيث انتقلت من 30,6% سنة 2006 إلى 86,5% سنة 2013 ليواصل الارتفاع سنة 2019 ليصل إلى 91,7%، أي أن الرعاية الصحية بعد الولادة قبل هذه الفترة كانت متدنية وهذا ما يصاحبه ارتفاع معدلات وفيات الأمهات أثناء مرحلة النفاس وما بعدها في الجزائر، وهذا ما يفسره كذلك انخفاض الوعي الصحي لدى الأمهات بخصوص تلقي الفحوصات الدورية ما بعد الولادة، لتجنب المشاكل الصحية والمضاعفات ما بعد الولادة.

4-5- تطور نسبة استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر

عرفت نسبة استخدام وسائل منع الحمل في الجزائر تراجعا ملحوظا خلال الفترة الممتدة ما بين 2006-2019، وذلك استنادا لبيانات المسوح الأخيرة المبينة في الجدول أدناه، حيث انخفضت النسبة من 61,4% سنة 2006 إلى 53,6% سنة 2019، بنسبة بتراجع قدرها 7,8%، ولعل هذا التراجع راجع أساسا إلى تأخر سن الزواج الأول الذي لا يزال مستمر، إضافة إلى ارتفاع ظاهرة العقم التي باتت ظاهرة مقلقة والتي جعلت المختصين في طب النساء إلى إجراء أبحاث ودراسات حول أسبابها.

جدول رقم 02: تطور استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر (2006-2019).

السنوات	2006	2013-2012	2019-2018
نسبة استخدام وسائل منع الحمل	61,4	57,1	53,6
التوزيع حسب مكان الإقامة			
الريف	59,6	56,1	54,2
الحضر	62,5	57,7	53,2
التوزيع حسب الوسيلة المستخدمة			
الحبوب	45,9	43	39
اللولب	2,3	2,2	2,4
أخرى حديثة	3,8	2,8	2,7
طرق تقليدية	9,4	9,2	8,6

المصدر: من إعداد الباحثان بالاستعانة بنتائج لثلاث المسوح العنقودية الأخيرة للسنوات (2006، 2012-2013، 2018-2018).

وعند ملاحظتنا عن توزيع هذه النسب حسب مكان الإقامة نجد أنها كانت مرتفعة في منطقة الحضر بشكل كبير سنة 2006 حيث بلغت 62,5% مقارنة بالريف (59,6%)، لتعرف انخفاض ملحوظ لتصل سنة 2019 إلى 53,2% في الحضر مقارنة بـ 54,2% في الريف وهي نسب متقاربة وهذا ما يخالف الدراسات الديمغرافية والاجتماعية لأواخر سنوات الستينيات إلى غاية الثمانيات من القرن الماضي المفسرة لانخفاض نسب استخدام وسائل منع الحمل في الريف لنسبة الخصوبة المرتفعة في الوسط الريفي وغياب ثقافة استخدام هذه الوسائل.

أما بخصوص الوسائل المستخدمة في هذا المجال نجد أن حبوب منع الحمل هي الوسيلة الأكثر استخداما لكنها الآن في انخفاض مستمر إذ بلغت 45,9% سنة 2006 لتصل إلى 39% خلال المسح الأخير 2018-2019. أما اللولب الرحمي فنسبة استخدامه ضئيلة جدا حيث تراوحت ما بين 2,2 و2,4% خلال نفس الفترة. وعن الطرق التقليدية فتشهد هي الأخرى انخفاض مستمر حيث انتقلت من 9,4 % سنة 2006 إلى 8,6 سنة 2019 وتشمل كل من وسائل الرضاعة المطولة، طريقة الرزنامة والعزل.

6- تفسير أهم مؤشرات الصحة الإنجابية باستخدام التحليل العاملي

تطرقنا فيما سبق تحليل وصفي عن واقع الصحة الإنجابية في الجزائر، ونلجأ الآن إلى تحليل هذه المؤشرات باستخدام التحليل العاملي كونها تمكننا من معرفة شدة واتجاه العلاقة الارتباطية بينها، كما أنها تبين لنا كذلك أهمية كل مؤشر منها ومدى تأثيره على الصحة الإنجابية، وعليه وباستخدام هذا الأسلوب نتمكن من إيجاد المؤشرات الأكثر تأثيرا التي يمكن إعطائها الأولوية عند القيام بالتخطيط في وضع برامج الصحة العامة.

6-1- الطريقة و الإجراءات

6-1-1- متغيرات الدراسة

تم تحديد جملة من المتغيرات المتعلقة بالصحة الإنجابية في الجزائر والتي نلخصها كما يلي:

جدول رقم 03: قائمة المتغيرات المتخذة في الدراسة

الرقم	المتغيرات	الرقم	المتغيرات
01	السكان في منتصف السنة	07	عدد الأطباء في المراكز الصحة العمومية (طب النساء)
02	مؤشر الخصوبة الإجمالي (أطفال/امرأة)	08	معدل وفيات الرضع ‰
03	نسبة استخدام وسائل منع الحمل %	09	معدل وفيات الأمهات لكل 100 ألف ولادة حية
04	عدد المراكز الصحية العمومية	10	عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشري
05	عدد الأسرَّة الخاصة لأمراض النساء والتوليد	11	العمر المتوقع عند الولادة النساء
06	عدد القابلات	12	نسبة الأمية نساء %
13	معدل الزواج ‰		

المصدر: من إعداد الباحثان.

6-1-2- النموذج المستخدم

سنوظف في هذه الدراسة التحليلي العاملي الذي يعتبر أسلوب إحصائي يستخدم في تحليل البيانات المتعددة، حيث يستهدف تفسير معاملات الارتباطات التي لها دلالة إحصائية بين مختلف المتغيرات وتفسيرها. كما يقوم بتقليل عدد المتغيرات وبناء مجموعات جزئية وتكون درجة الارتباط بينها عالية بحيث يمكن تفسيرها بالعوامل الأولية المستخلصة ويكون التباين المفسر بالعامل الأول هو الأكبر ويتم استبعاد العوامل ذات التباين الضعيف (Timothy , 2006, p. 30). عليه نقوم في هذه الدراسة بإتباع الخطوات التالية:

- اختبار مدى كفاية حجم العينة وإيجاد مصفوفة الارتباط بين المؤشرات الدراسة؛
- استخلاص العوامل الأولية؛
- تحديد معاملات العوامل الأولية؛
- تحديد معاملات الارتباط بعد تدوير محاور العوامل الأولية.

6-1 اختبار مدى كفاية حجم العينة وتحديد مصفوفة الارتباط بين المتغيرات:

قبل التطرق لدراسة التحليل العاملي بين المتغيرات نقوم بدراسة مستوى ملائمة المعاينة وهي الفترة المدروسة من 2006 إلى غاية 2020 وذلك باستخدام اختبار (Kaiser Meyer Olkin KMO)، بحيث يقدر هذا المؤشر حجم معاملات الارتباط للمتغيرات الملاحظة لحجم معاملات الارتباط الجزئية (أحمد رمضان، 2014، صفحة 36)، ومعادلته مال يلي:

$$KMO = \frac{\sum(corrélations)^2}{\sum(corrélations)^2 + \sum(corrélations\ partiel)^2}$$

جدول رقم 04: نتائج اختبار التأكد من جودة القياس KMO

مؤشر " Kaiser-Meyer-Olkin" لقياس جودة العينات.		**0,801**
	- مربع كاف تربيع "Khi-deux"	434,882
اختبار" Bartlett"	- درجة الحرية	78
	- درجة المعنوية	**0**

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج .SPSS.V23

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة معامل KMO هي (KMO=0,8 > 0,5)، وهي قيمة جيدة، مما يدل أن حجم العينة يعتبر كافيا لإجراء التحليل العاملي وأن القياس ممتاز وتبلغ درجة المعنوية للقياس (0,000).

كذلك، كون أن المتغيرات المدروسة ممثلة بوحدات قياس مختلفة، لجأنا لإيجاد مصفوفة معاملات الارتباط الخاصة بمتغيرات الصحة الإنجابية عوض عن مصفوفة التباين المشترك، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم 05: مصفوفة معاملات الارتباط بين مؤشرات الصحة الإنجابية

المتغيرات	المتغير 01	المتغير 02	المتغير 03	المتغير 04	المتغير 05	المتغير 06	المتغير 07	المتغير 08	المتغير 09	المتغير 10	المتغير 11	المتغير 12	المتغير 13
المتغير 01	1,000	-,202	-,209	**,978**	,885	,878	**,998**	**,989**	**-,957**	-,325	,828	,831	-,874
المتغير 02	-,202	1,000	**,987**	-,211	-,153	-,195	-,204	**-,987**	**-,989**	,217	-,249	,016	**,998**
المتغير 03	-,209	,987	1,000	-,199	-,233	-,211	-,195	-,212	**,998**	**,997**	-,123	**-,997**	,283
المتغير 04	,978	-,211	-,199	1,000	,880	**,999**	**,980**	,482	-,681	-,791	,860	,800	-,888
المتغير 05	,885	-,153	-,233	,880	1,000	,987	**,984**	,687	-,554	-,781	**,985**	,822	-,675
المتغير 06	,878	-,195	-,211	,999	,987	1,000	**,982**	,884	-,880	-,790	,853	,807	-,691
المتغير 07	,998	-,204	-,195	,980	,984	,982	1,000	,899	-,860	-,684	**,989**	,845	-,878
المتغير 08	,989	-,987	-,212	,482	,687	,884	,899	1,000	**-,961**	**-,987**	**,911**	,842	**-,980**
المتغير 09	-,957	-,989	,998	-,681	-,554	-,880	-,660	-,961	1,000	**,967**	-,838	-,730	**,997**
المتغير 10	-,325	,217	,997	-,791	-,781	-,790	-,684	-,987	,967	1,000	-,887	-,823	**,988**
المتغير 11	,828	-,249	-,123	,860	,985	,853	,989	,911	-,838	-,887	1,000	,702	-,843
المتغير 12	,831	,016	-,997	,800	,822	,807	,845	,842	-,730	-,823	,702	1,000	-,848
المتغير 13	-,874	,998	,283	-,888	-,675	-,691	-,878	-,980	,997	,988	-,843	-,848	1,000

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج .SPSS.V23

يمثل الجدول رقم مصفوفة معاملات الارتباطات البينية أو المربعة والتي تقدم تفسير مبدئي للعلاقات الموجودة بين المتغيرات الداخلة في التحليل العاملي، حيث نلاحظ وجود علاقات معنوية إحصائيا وذلك عند مستوى دلالة قيمته 5% بين المتغيرات بحيث ترتبط المتغيرات بارتباط قوي جدا فيما بينها وتتلخص أزواج هذه الارتباطات كما يلي:

- المتغير 01 يرتبط مع كل من المتغيرات رقم 04، 07، 08، 09؛
- المتغير 02 يرتبط مع كل من المتغيرات رقم 03، 08، 09؛
- المتغير 03 يرتبط مع كل من المتغيرات رقم 09، 10، 12؛
- المتغير 04 يرتبط مع كل من المتغيران رقم 06، 07؛
- المتغير 05 يرتبط مع كل من المتغيران رقم 07، 11؛
- المتغير 06 يرتبط مع كل من المتغير رقم 07؛
- المتغير 07 يرتبط مع كل من المتغير رقم 11؛
- المتغير 08 يرتبط مع كل من المتغيرات رقم 09، 10، 11، 13؛
- المتغير 09 يرتبط مع كل من المتغيران رقم 10، 13؛
- المتغير 10 يرتبط مع كل من المتغير رقم 13.

2-6 إيجاد الجذور الكامنة لمصفوفة الارتباط:

قبل تحديد العوامل الأولية لمتغيرات الصحة الإنجابية نقوم باستخراج القيم الخاصة لمصفوفة ارتباط العوامل الأساسية أي الجذور الكامنة لمصفوفة الارتباط وقيمة ما يفسره كل عامل من التباين الكلي للمتغيرات المدروسة.

جدول رقم 06: الجذور الكامنة لمصفوفة الارتباط وقيمة التباين الكلي المفسر للمتغيرات.

الجذور الكامنة للعوامل ونسبة التباين المفسر									
الجذور الكامنة	القيم الذاتية الأولية			القيم الذاتية للجذور الكامنة المستخلصة			قيم التشبعات للجذور الكامنة المستخلصة		
	القيمة الذاتية	التباين %	التباين التراكمي %	القيمة الذاتية	التباين %	التباين التراكمي %	القيمة الذاتية	التباين %	التباين التراكمي %
1	**10,438**	**80,29**	**80,29**	**10,438**	**80,29**	**80,29**	**10,436**	**80,278**	**80,278**
2	**1,512**	**11,63**	**91,92**	**1,512**	**11,63**	**91,92**	**1,513**	**11,642**	**91,92**
3	0,496	3,817	95,737						
4	0,257	1,978	97,715						
5	0,233	1,79	99,505						
6	0,026	0,203	99,708						
7	0,018	0,141	99,849						
8	0,009	0,067	99,916						
9	0,006	0,048	99,964						
10	0,004	0,029	99,994						
11	0	0,004	99,998						
12	0	0,002	99,999						
13	0	0,001	100						
طريقة المخرجات: تحليل المكونات الرئيسية.									

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V23.

تعبر الجذور الكامنة عن مجموع إسهامات كل المتغيرات على عامل من عوامل المصفوفة كلا على حدة، وتمثل العوامل الأولى هي ذات الجذر الكامن الأكبر مما يليها.

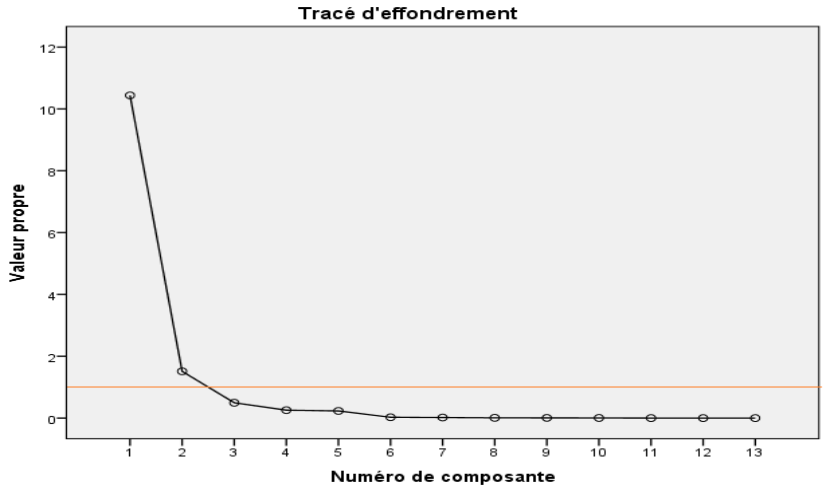
نلاحظ من خلال الجدول السابق ما يلي:

- العامل الأول له أكبر جذر كامن ويساوي (10,438) ويفسر نسبة 80,29%من التباين الكلي لمتغيرات الصحة الإنجابية؛
- الجذر الكامن للعامل الثاني يساوي (1,512) ويفسر نسبة 11,88% من التباين الكلي لمتغيرات الصحة الإنجابية، وعليه فان العاملان الأول والثاني يفسران معا نسبة (91,92 %) من التباين الكلي للمتغيرات، وهي نسبة مرتفعة وكافية لتلخيص مجمل المتغيرات في عوامل محددة.
- نقوم بشرح باقي الجذور الكامنة المتبقية الى غاية الجذر رقم (13) بنفس الطريقة.

ولاستخلاص العوامل الأولية البسيطة لجأنا من أجل الدقة إلى المعايير الثلاثة الآتية:

- **مؤشر Kaiser:** حسب هذا المؤشر فانه يتم الاحتفاظ بالعوامل التي يكون جذرها الكامن أكبر من الواحد (1)، وعليه ومن خلال الجدول رقم 06 نلاحظ أن الجذور الكامنة الأولى والثانية أكبر من الواحد وبالتالي يتم الاحتفاظ بهاذين العاملين والاستغناء عن باقي العوامل الأخرى؛
- **مؤشر Kattle:** يعتمد هذا المؤشر على الطريقة البيانية في تحديد العوامل الأولية، ومن خلال الشكل رقم 05 الذي يبين الجذور الكامنة لجميع المتغيرات نلاحظ أن العاملين الأول و الثاني تقع جذورهما الكامنة في المنطقة شديدة الانحدار وفوق الجزء المستقر، مما يدل على وجوب الاحتفاظ بهما والاستغناء على باقي العوامل الأخرى؛

شكل رقم 05: قيم الجذور الكامنة للعوامل الأولية.



المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.V23.

- **مؤشر نسبة التباين المفسر:** تبعا لهذا المعيار الذي يعتمد على أكبر قيمة للجذر الكامن وكذا أكبر نسبة للتباين الكلي المفسر لجميع المتغيرات المدروسة، فان القيمة الكبرى التي يمكن

يأخذها مجموع الجذرين الأول والثاني تمثل ما قيمته (أن يفسرها التباين الكلي لمتغيرات الصحة الإنجابية تقدر (11,95) بنسبة تباين كلية للعاملين تقدر بـ (91,92 %).

3-6 إيجاد مصفوفة العوامل الأولية للمتغيرات:

بعدما قمنا بالاحتفاظ بالعاملين الأول والثاني استطعنا أن نقلص من عدد المتغيرات الصحة الإنجابية وتمثيلهما في عاملين اثنين، وعليه تأخذ مصفوفة العوامل الأولية للمتغيرات قبل إجراء عملية التدوير الشكل الآتي:

جدول رقم 07: مصفوفة العوامل الأولية لمتغيرات الصحة الإنجابية وتشبعاتها

مصفوفة المكونات*		
	العوامل الأولية	
	1	2
عدد الأطباء في المراكز الصحية العمومية (طب النساء)	**0,996**	0,004
السكان في منتصف العام	**0,995**	0,005
عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشري	**-0,993**	0,007
عدد القابلات	**0,99**	0,01
عدد المراكز الصحية العمومية	**0,99**	0,01
نسبة الأمية نساء	**-0,989**	0,011
عدد الأسرَّة الخاصة لأمراض النساء والتوليد	**0,988**	0,012
العمر المتوقع عند الولادة النساء	**0,901**	0,099
معدل الزواج	**0,846**	0,154
مؤشر الخصوبة الإجمالي (أطفال/امرأة)	0,158	**0,842**
نسبة استخدام وسائل منع الحمل	0,169	**-0,831**
معدل وفيات الأمهات	0,033	**-0,967**
معدل وفيات الرضع	0,003	**0,997**
طريقة المخرجات: تحليل المكونات الرئيسية. (*) المكونات المستخلصة		

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج .SPSS.V23

نلاحظ من الجدول رقم 07 أن ارتباط غالبية متغيرات الصحة الإنجابية مع العامل الأول قوية جدا وهذا ما يفسر نسبة التباين الكبيرة التي يفسرها هذا العامل، وتتمثل المتغيرات الأقوى ارتباطا معه في كل من (عدد الأطباء في المراكز الصحية، عدد السكان، عدد المصابين بفيروس نقص المناعة، عدد القابلات، عدد المراكز الصحية، نسبة الأمية، عدد الأسرَّة، العمر المتوقع عند الولادة ومعدل الزواج). بينما نجد نسبة ارتباط باقي المتغيرات الصحة الإنجابية بالعامل الثاني والمتمثلة في (مؤشر الخصوبة، نسبة استخدام وسائل منع الحمل، معدل وفيات الأمهات، معدل وفيات الرضع).

4-6 تحديد معاملات الارتباط بعد تدوير محاور العوامل الأولية:

من أجل تحديد تمثيل أهم متغيرات الصحة الإنجابية على كل عامل بشكل أوضح قمنا بتطبيق طريقة تدوير المحاور (Varimax)، التي تعمل على تعظيم التشبعات الكبيرة وتقليل التشبعات الضعيفة لكل المتغيرات على المحورين، لنحصل في الأخير على مصفوفة العوامل الأولية لمتغيرات الدراسة، فكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم 08: مصفوفة العوامل الأولية للمتغيرات وتشبعاتها بعد عملية التدوير.

مصفوفة المكونات بعد التدوير*		
	العوامل الأولية	
	1	2
السكان في منتصف العام (بالآلاف)	**0,999**	0,01
مؤشر الخصوبة الإجمالي (أطفال/امرأة)	-0,216	**0,816**
نسبة استخدام وسائل منع الحمل %	-0,198	**-0,854**
عدد المراكز الصحية العمومية	**0,982**	0,008
عدد الأسرَّة الخاصة لأمراض النساء والتوليد	**0,986**	0,057
عدد القابلات	**0,982**	0,025
عدد الأطباء في المراكز الصحية العمومية (طب النساء)	**0,998**	0,006
معدل وفيات الرضع	0,019	**0,999**
معدل وفيات الأمهات	0,122	**-0,962**
عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشري	-0,006	**-0,988**
العمر المتوقع عند الولادة النساء	**0,919**	-0,094
نسبة الأمية نساء	**0,841**	0,286
معدل الزواج	**-0,798**	0,15

طريقة المخرجات: تحليل المكونات الرئيسية.
(*) طريقة التدوير: Varimax مع تطبيع Kaiser.

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات برنامج .SPSS.V23

تعتبر التشبعات بمثابة معاملات ارتباط بين العوامل المستخرجة سابقا ومتغيرات الصحة الإنجابية، أي كلما زاد تشبع المتغير بالمحور الأساسي الخاص به كلما كان هذا المتغير أكثر وضوحا وتفسيرا، ومن خلال الجدول السابق نلاحظ ما يلي:

جدول رقم 09: تشبع المتغيرات بالمحاور.

المحور	المتغيرات	قيمة التشبع	التفسير
الأول	- عدد السكان - عدد المراكز الصحية - عدد الأسرَّة - عدد القابلات - عدد الأطباء - العمر المتوقع عند الولادة - نسبة الأمية - معدل الزواج	0,999 0,982 0,986 0,982 0,998 0,919 0,841 -0,798	يحمل هذا المحور متغيرات تحتوي على مستوى تشبعات مرتفعة مرتبة وفق الأهمية في تفسير التباين الكلي، وعليه يمكن القول أن لهذا المؤشر الأثر الكبير في تحديد وتفسير مستوى الصحة الإنجابية بشكل مهم.
الثاني	- مؤشر الخصوبة - استخدام وسائل منع الحمل - معدل وفيات الرضع - معدل وفيات الأمهات - عدد المصابين بفيروس نقص المناعة	0,816 -0,854 0,999 -0,962 -0,988	يحمل هذا المحور متغيرات تحتوي على مستوى تشبعات مرتفعة مرتبة وفق الأهمية في تفسير التباين الكلي، وعليه يمكن القول أن لهذا المؤشر الأثر الكبير في تحديد وتفسير مستوى الصحة الإنجابية بشكل مهم.

المصدر: من إعداد الباحثان بالاعتماد على مخرجات الجدول رقم 08.

* الخاتمة

كخلاصة لما تطرقنا إليه في هذه الورقة البحثية بدراستنا لموضوع الصحة الإنجابية في الجزائر التي تعد حلقة وصل أساسية بين صحة الإنسان والتنمية، وكمحاولة منا تفسير واقع هذه الصحة بتحليل أهم مؤشراتها خلال الفترة 2006-2020، بالإضافة إلى تحليل هذه المؤشرات للتعرف على اتجاهها وتطورها وتحديد أي من هذه المؤشرات يؤثر أكثر من غيره في هذا الواقع، حيث تم التوصل في ضل نتائج هذه الدراسة إلى الاستنتاجات التالية:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين معظم المؤشرات التي تفسر واقع الصحة الإنجابية في الجزائر وترتبط فيما بينها بارتباط قوي ودال إحصائيا؛
- شهد واقع الصحة الإنجابية في الجزائر تطورات كبيرة في مؤشراتها بشكل واضح خلال الفترة المدروسة، ويبدو ذلك واضحا من خلال استمرار انخفاض معدلات الوفيات (وفيات الرضع، الأطفال دون الخمسة سنوات والأمهات)، ارتفاع الولادات وخدمات الرعاية الصحة الإنجابية (المتابعة الصحية للأمهات والإطار الطبي والمراكز الاستشفائية)؛
- ترتبط كل من متغيرات (عدد السكان، عدد المراكز الصحية، عدد الأسرَّة، عدد القابلات، عدد الأطباء، العمر المتوقع عند الولادة، نسبة الأمية ومعدل الزواج) فيما بينها بارتباط قوي ودال إحصائيا، وهي المتغيرات الممثلة بالعامل الأول بحيث يمكن تمثيلها بمؤشر تركيبي باعتبارها من أهم المؤشرات التي تؤثر بشكل مباشر في واقع الصحة الإنجابية في الجزائر وتطوره؛
- ترتبط كل من متغيرات (الخصوبة، استخدام وسائل منع الحمل، معدل وفيات الرضع، معدل وفيات الأمهات، عدد المصابين بفيروس نقص المناعة) فيما بينها بارتباط قوي ودال إحصائيا،

وهي المتغيرات التي يمكن تمثيلها كمؤشر تركيبي ثاني، كون أنها تؤثر هي الأخرى على واقع الصحة الإنجابية في الجزائر وتطوره.

وفي ضل هذه النتائج يمكن للباحثين من تفسير واقع الصحة الإنجابية في الجزائر وذلك باختصار جملة المتغيرات المؤثرة فيها وتمثيلها في عوامل أولية التي يمكن تفسيرها بشكل جيد. ولكن تتوقف إمكانية تعميم هذه النتائج على عدة عوامل أخرى سواء كانت ذات تأثير مباشر أو غير مباشر على الصحة الإنجابية، نذكر منها لا على سبيل الحصر، كالعوامل البيئية، الوراثية، نمط التغذية ونوع الرضاعة، وعوامل عملياتية كنوع وحجم البيانات المستخدمة، مكان وزمان جمعها.

في الأخير، يبقى الموضوع مفتوحا للاستفادة من البحوث العالمية حول الصحة الإنجابية، بالإضافة إلى البحث عن جملة العوائق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والقانونية التي تحول دون تحسين مستويات هذا الجانب الصحي، وذلك تبسيط الرؤية لصانعي القرار بوضع سياسات وبرامج مبنية على الأدلة العلمية.

- قائمة المراجع

- Ministère de la Santé. (2020). Plan national de réduction accélérée da la mortalité maternelle 2015-2019. Algérie.
- Sabeur Chouiref, M. (2022, Décembre). La situation de la mortalité maternelle en Algérie entre 1962-2019. *Humanization Journal for Researches and Studies, 13*(02), Université Ziane Achour de Djelfa, Algérie, pp260-274.
- Timothy , A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research* (Vol. First Edition). New York: Guilford Publications.
- UNICEF. (2018). *The latest Levels and Trends in Child Mortality: Report 2018 from UNICEF and partners in the UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation.*
- WHO, UNICEF, World Bank and UNDESA. (2020). *Trends in maternal mortality 2000 to 2020.*
- world Health Organization (WHO) . (2023). *world Health statistics 2023: monitoring Health for the SDGS, sustainable development goals.*
- أحمد علي إسماعيل. (1997). *أسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية* (المجلد المجلد الثامن طبعة منقحة). القاهرة، مصر: دار الثقافة و النشر والتوزيع.
- الديوان الوطني للاحصائيات. (2018-2019). *التقرير النهائي حول نتائج المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6-2019).*
- الديوان الوطني للإحصائيات .(2020) . ديمغرافيا الجزائر لسنة 2020، الجزائر.
- دردیش أحمد والعفريت مسعودة .(2016) .ماهية الصحة الانجابية والعوامل المحددة لها .*مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، 9(3)، جامعة لونيسي علي البليدة2، الجزائر، ص ص 91-107.*

- دليلة عزيزي وبلخيري سليمة. (سبتمبر, 2022). واقع الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري. *مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، 15*(2)، جامعة تبسة، الجزائر، ص ص237-252.
- فريق الأمم المتحدة للتنمية .(2003) .*مؤشرات معدة لرصد الأهداف الإنمائية للألفية، فريق الأمم المتحدة برئاسة صندوق الأمم المتحدة للسكان وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي وإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية شعبة الإحصاء* .نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية.
- فضيلة غرايبية. (2015-2016). دور الصحة في تنمية المجتمع قراءة سوسيولوجية بمدينة تبسة. *أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم، تخصص تنمية بشرية*. قسم علم الاجتماع، كلية الآداب واللغات والعلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة باجي مختار، عنابة، الجزائر.
- محروس الشيشيني عزت فهيم . (2000). أثر العوامل السكانية والاجتماعية على معرفة الشباب واتجاهاته نحو الصحة الإنجابية في مصر. *رسالة دكتوراه*. معهد الدراسات والبحوث الإحصائية، قسم الإحصاء الحيوي والسكاني، جامعة القاهرة، القاهرة، مصر.
- محمد البغدادي. (2008). محو الأمية لتنمية الأبعاد المتضمنة لدى رغبات بعض قرى صعيد مصر. *مجلة كلية التربية، العدد 8، جامعة الفيوم، مصر*.
- منور أحمد رمضان. (2014). البناء العاملي لرائز القدرات المعرفية " CogAt" باستخدام التحليل العاملي التوكيدي الاستكشافي. *رسالة ماجستير في القياس والتقويم النفسي والتربوي*. قسم القياس النفسي والتربوي، كلية التربية، جامعة دمشق، دمشق، سوريا.
- هيئة الأمم المتحدة. (1994). *تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة*. هيئة الأمم المتحدة، نيويورك.

- الملاحق:

SPSS output

Matrice de corrélation :

Corrélation		السكان في منتصف العام (بالآلاف)	مؤشر الخصوبة الإجمالي (أطفال/امرأة)	نسبة استخدام وسائل منع الحمل %	عدد المراكز الصحية العمومية	عدد الأسرة الخاصة لأمراض النساء والتوليد	عدد القابلات	عدد الأطباء في المراكز الصحية العمومية (طب النساء)	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات الأمهات	عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشري	العمر المتوقع عند الولادة النساء	نسبة الأمية نساء%	نسبة الزواج%
Corrélation	السكان في منتصف العام (بالآلاف)	1,000	-,202	-,209	,978	,885	,878	,998	,989	-,957	-,325	,828	,831	-,874
	مؤشر الخصوبة الإجمالي (أطفال/امرأة)	-,202	1,000	,987	-,211	-,153	-,195	-,204	-,987	-,989	,217	-,249	,016	,998
	نسبة استخدام وسائل منع الحمل%	-,209	,987	1,000	-,199	-,233	-,211	-,195	-,212	,998	,997	-,123	-,997	,283
	عدد المراكز الصحية العمومية	,978	-,211	-,199	1,000	,880	,999	,980	,482	-,681	-,791	,860	,800	-,888
	عدد الأسرة الخاصة لأمراض النساء والتوليد	,885	-,153	-,233	,880	1,000	,987	,984	,687	-,554	-,781	,985	,822	-,675
	عدد القابلات	,878	-,195	-,211	,999	,987	1,000	,982	,884	-,880	-,790	,853	,807	-,691
	عدد الأطباء في المراكز الصحية العمومية (طب النساء)	,998	-,204	-,195	,980	,984	,982	1,000	,899	-,860	-,684	,989	,845	-,878
	معدل وفيات الرضع	,989	-,987	-,212	,482	,687	,884	,899	1,000	-,961	-,987	,911	,842	-,980
	معدل وفيات الأمهات	-,957	-,989	,998	-,681	-,554	-,880	-,660	-,961	1,000	,967	-,838	-,730	,997
	عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرى	-,325	,217	,997	-,791	-,781	-,790	-,684	-,987	,967	1,000	-,887	-,823	,988
	العمر المتوقع عند الولادة النساء	,828	-,249	-,123	,860	,985	,853	,989	,911	-,838	-,887	1,000	,702	-,843
	نسبة الأمية نساء%	,831	,016	-,997	,800	,822	,807	,845	,842	-,730	-,823	,702	1,000	-,848
	نسبة الزواج%	-,874	,998	,283	-,888	-,675	-,691	-,878	-,980	,997	,988	-,843	-,848	1,000

Indice KMO et test de Bartlett :

Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		,801
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-deux approx.	434,882
	ddl	78
	Signification	,000

Variance totale expliquée :

Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements			Sommes de rotation du carré des chargements		
	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé
1	10,438	80,290	80,290	10,438	80,290	80,290	10,436	80,278	80,278
2	1,512	11,630	91,920	1,512	11,630	91,920	1,513	11,642	91,920
3	,496	3,817	95,737						
4	,257	1,978	97,715						
5	,233	1,790	99,505						
6	,026	,203	99,708						
7	,018	,141	99,849						
8	,009	,067	99,916						
9	,006	,048	99,964						
10	,004	,029	99,994						
11	,000	,004	99,998						
12	,000	,002	99,999						
13	8,050E-5	,001	100,000						

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Matrice des composantes :

	Composante	
	1	2
السكان في منتصف العام (بالآلاف)	,995	
مؤشر الخصوبة الإجمالي (أطفال/امرأة)		,842
نسبة استخدام وسائل منع الحمل%		-,831
عدد المراكز الصحية العمومية	,990	
عدد الأسرة الخاصة لأمراض النساء والتوليد	,988	
عدد القابلات	,990	
عدد الأطباء في المراكز الصحية العمومية (طب النساء)	,996	
معدل وفيات الرضع		,997
معدل وفيات الأمهات		-,967
عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشري	-,993	
العمر المتوقع عند الولادة النساء	,901	
نسبة الأمية نساء%	-,989	
نسبة الزواج%	,846	

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.
a. 2 composantes extraites.

Rotation de la matrice des composantes :

	Composante	
	1	2
السكان في منتصف العام (بالآلاف)	,999	
مؤشر الخصوبة الإجمالي (أطفال/امرأة)		,816
نسبة استخدام وسائل منع الحمل%		-,854
عدد المراكز الصحية العمومية	,982	
عدد الأسرة الخاصة لأمراض النساء والتوليد	,986	
عدد القابلات	,982	
عدد الأطباء في المراكز الصحية العمومية (طب النساء)	,998	
معدل وفيات الرضع		,999
معدل وفيات الأمهات		-,962
عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشري		-,988
العمر المتوقع عند الولادة النساء	,919	
نسبة الأمية نساء%	,841	
نسبة الزواج%	-,798	

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.
Méthode de rotation : Varimax avec normalisation Kaiser.[a]
a. Convergence de la rotation dans 3 itérations.

مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

السنوات	السكان في منتصف العام (بالآلاف)	مؤشر الخصوبة الإجمالي (أطفال/امرأة)	نسبة استخدام وسائل منع الحمل	عدد المراكز الصحية العمومية	عدد الأسرة الخاصة لأمراض النساء والتوليد	عدد القابلات	عدد الأطباء (طب النساء)	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات الأمهات	عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشري	العمر المتوقع عند الولادة النساء	معدل الزواج ‰	نسبة الأمية نساء %
2006	33 481	2,80	61,40	7 078	7 998	7 367	1 281	26,90	92,60	300	76,70	8,82	29,98
2007	34 096	2,80	61,40	7 262	8 127	7 657	1 349	26,20	88,90	826	76,80	9,55	29,01
2008	34 591	2,80	61,40	7 434	8 262	8 041	1 437	25,50	86,20	645	76,40	9,58	28,04
2009	35 268	2,80	61,40	7 646	8 533	8 441	1 544	24,80	81,40	815	76,30	9,68	24,92
2010	35 978	2,90	61,40	7 821	8 260	8 763	1 758	23,70	76,90	830	77,00	9,58	22,33
2011	36 717	2,90	61,40	8 029	8 784	9 379	1 930	23,10	73,90	760	77,40	10,05	19,45
2012	37 495	3,00	57,10	8 167	9 046	9 639	2 074	22,60	70,30	712	77,10	9,90	17,18
2013	38 297	2,90	57,10	8 231	9 140	9 847	2 343	22,40	69,90	537	77,60	10,13	15,12
2014	39 114	3,00	57,10	8 336	9 255	10 036	2 460	22,00	60,30	1 057	77,80	9,88	13,32
2015	39 963	3,10	57,10	8 421	9 381	10 197	2 607	22,30	60,50	1 512	77,80	9,24	11,75
2016	40 836	3,10	57,10	8 494	9 511	10 312	2 740	20,90	57,70	1 603	78,20	8,73	10,33
2017	41 721	3,10	57,10	8 591	9 647	10 674	2 893	21,00	56,20	1 839	78,20	8,14	8,99
2018	42 578	3,00	53,60	8 714	9 715	10 860	3 109	21,00	55,00	2 014	78,40	7,79	7,86
2019	43 424	3,00	53,60	8 899	10 088	11 145	3 237	21,00	48,50	2 103	78,60	7,26	6,71
2020	44 244	2,90	53,60	9 029	10 107	11 466	3 489	18,90	47,40	2 321	78,10	6,41	6,58

المصدر: - الحصيلة المادية والبشرية للديوان محو الأمية وتعليم الكبار ONAEA؛
- النشرات الفصلية لإحصائيات الديوان الوطني للإحصائيات ONS؛
- تقارير المسوح العنقودية متعددة المؤشرات MICS خلال السنوات 2006، 2012-2013 و2018-2019؛
- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات MSPRH؛
- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي والبيئي CNES؛
- المعهد الوطني للصحة العمومية INSP ؛

Activer
Accédez à